

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

436
No

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph Vita TAWIL

Né le 19 octobre 1903 au Caire (Egypte)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DES

DÉCOLLEMENTS

DU PAVILLON DE L'OREILLE

Président : M. SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph Vita TAWIL

Né le 19 octobre 1903 au Caire (Egypte)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DES

DÉCOLLEMENTS

DU PAVILLON DE L'OREILLE

Président : M. SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (Fernand). Pharmacologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REFTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection.

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MES ONCLES, MAITRES, F. et J. ASLAN

Pour l'affection qu'ils m'ont toujours témoignée.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique O. R. L. à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien agréer ici mes plus
vifs remerciements pour les leçons
que j'ai pu retirer de son précieux
enseignement clinique, et pour tout
ce que j'ai appris dans son vaste
service hospitalier.*

A M. le Docteur DUFOURMENTEL

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Qui m'a suggéré l'idée de cette thèse et
qui m'a prodigué ses conseils auto-
risés sur la chirurgie esthétique.*

A MM. les Docteurs

TRUFFERT, WINTER, BUREAU, MELIK, PILLIÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur GILBERT (*in memoriam*).
le Professeur GOSSET.
le Docteur BAUMGARTNER.
le Docteur PARMENTIER.
le Docteur AVIRAGNET.
le Docteur HUDELO.
le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL.
le Professeur TEISSIER.
le Professeur GUILLAIN.
le Professeur CLAUDE.

*En souvenir de l'enseignement qu'ils
m'ont donné.*

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé CH. LENORMAND

*Dont le sens clinique indique la longue
expérience qu'il possède dans la chi-
rurgie.*

A M. le Professeur agrégé MOURE.

A M. le Docteur WILLMOTH

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Le décollement du pavillon de l'oreille est une affection assez fréquente qui a été étudiée surtout au début de notre siècle.

Différents traitements ont été essayés ; les auteurs actuels s'accordent tous à adjoindre une résection cartilagineuse à la résection cutanée.

Nous allons passer rapidement un mot d'historique de cette difformité, puis après avoir rappelé l'anatomie normale du pavillon, nous décrirons les différentes lésions les plus souvent constatées dans cette affection.

Enfin nous indiquerons le traitement suivi actuellement par la majorité des chirurgiens surtout par M. le Dr Dufourmentel qui nous a aidé dans notre présent travail, dont il nous a indiqué le plan détaillé et qui nous a procuré la photographie de deux sujets qu'il a opérés avec des résultats parfaits.

HISTORIQUE

De tout temps on a remarqué l'existence d'anomalies du pavillon de l'oreille et on comprend qu'on a cherché à les corriger.

C'est surtout à notre siècle où la chirurgie esthétique a pris un grand essor que les chirurgiens et surtout les O. R. Laryngologistes les ont étudiées et ont cherché à les corriger. L'oreille en anse ainsi que toutes les déformations qui s'y rapportent étaient et sont actuellement considérées comme un stigmate de dégénérescence.

En effet dès la plus haute antiquité on nous représente les statues de certains nains, aliénés ou imbeciles, avec un facies spécial où les oreilles sont largement écartées du crâne retombant plus ou moins en avant.

Les Egyptiens et les Grecs nous ont laissé des statues tout à fait démonstratives. Ainsi l'école Memphite montre dans un de ses chefs d'œuvre un nain pourvu « d'une tête grosse allongée cantonnée de deux oreilles décollées ».

Quant aux Grecs tant dans leur architecture que dans leur littérature, les exemples y sont nombreux. Procope, historien grec, compare : « l'empereur Justinien à un âne, non seulement à cause de sa pesanteur d'es-

prit et de sa bêtise ; mais encore eu égard à ses grandes oreilles mobiles, qui le firent nommer maître Baudet par ses ennemis ».

Au temps moderne, et dans l'histoire contemporaine, on trouve de nombreux cas célèbres de malformation d'oreilles que le Dr Cabanès, illustre auteur de nombreux ouvrages médico-historiques, nous a dévoilés.

Les familles des Valois, des Bourbons, et des Habsbourg comptèrent quelques-uns de leurs membres avec de grandes oreilles. Enfin citons que le Prince Impérial possédait de vastes oreilles qui le firent surnommer l'oreillard. Quant à notre époque, nous avons tous rencontré de semblables personnes qui presque toutes devant les résultats brillants de la chirurgie esthétique demandent elles-mêmes à se faire opérer.

ANATOMIE DU PAVILLON

Une connaissance exacte de l'anatomie du pavillon est indispensable pour toute intervention chirurgicale dans la région. C'est la base d'où l'on déduit les vraies règles de l'autoplastie proprement dite. Pour la rappeler il suffit de résumer la disposition assez compliquée des plis du pavillon, la vascularisation et la structure de cet organe.

On sait que l'oreille est composée de deux parties : le pavillon et le conduit auditif externe.

Le pavillon est une lame plissée sur elle-même en divers sens de forme ovalaire à grosse extrémité supérieure. Il est situé sur les parties latérales de la tête en avant de la mastoïde ; en arrière de l'articulation temporo-maxillaire.

Uni dans la partie moyenne de son tiers antérieur, il est libre dans le reste de son étendue (en haut, en arrière, et en bas). Cette dernière partie formant avec a paroi crânienne un *angle céphalo-auriculaire de Testut* mesurant en moyenne 30 degrés. Cet angle, comme nous le verrons, a une grande importance à être mesuré pour l'évaluation des décollements auriculaires.

Configuration extérieure. — Le pavillon présente à étudier deux faces et une circonférence.

La face externe comprend une série de saillies alternant avec des dépressions, circonscrivant la conque, au fond de laquelle s'ouvre le conduit auditif externe. Ces saillies comprenant : l'hélix, l'anthélix, le tragus et l'antitragus.

L'hélix part de la concavité de la conque par une crête, la racine de l'hélix, puis se dirige en haut et en arrière pour descendre et se terminer finalement à la partie supérieure du lobule.

L'anthélix monte parallèlement à l'hélix pour se diviser en haut en deux branches formant la fossette naviculaire. Entre ces deux saillies se trouve la gouttière de l'hélix.

Quant au tragus c'est une saillie aplatie triangulaire formant une sorte d'opercule en avant du conduit auditif externe. Sa base s'insère en avant du conduit, son sommet est libre, souvent arrondi, quelquefois bituberculeux.

L'antitragus situé au-dessous de l'anthélix est séparé du tragus par l'échancrure de la conque.

La conque est une excavation profonde située en arrière du tragus et en avant de l'anthélix. Cette excavation est divisée en deux parties par la racine de l'hélix : une supérieure, étroite, une inférieure, beaucoup plus large se continuant avec l'orifice externe du conduit. Au-dessous du tragus et de l'antitragus se trouve le lobule de l'oreille.

La face interne présente une partie postérieure libre

et une partie antérieure adhérente. La partie libre est parcourue de dépressions et de saillies reproduisant les dépressions et les saillies de la face externe ; le tragus excepté. La partie adhérente de forme elliptique mesurant 4 à 5 cm. de hauteur sur 2 cm. $1/2$ de largeur et répondant à l'orifice du conduit auditif externe et à la partie antérieure de la portion mastoïdienne du temporal, débordant en haut de 1 cm. la racine longitudinale de l'arcade zygomatique.

La circonférence du pavillon est formée : en haut et en arrière par l'hélix ; en bas, par le bord libre du lobule ; en avant par le tragus.

Structure. — Le pavillon est constitué par un fibro-cartilage, des ligaments, des muscles et un revêtement cutané.

Le fibro-cartilage forme une lame mince, flexible élastique, occupant toute l'étendue du pavillon sauf le lobule. Il a la même constitution anatomique que le pavillon ; cependant quelques caractères particuliers sont visibles après l'ablation du revêtement cutané. On peut voir ainsi qu'il existe une solution de continuité entre le tragus et l'hélix.

On remarque en outre :

1° Une petite saillie : l'épine de l'hélix, implantée sur l'hélix en regard du bord supérieur du tragus ;

2° Une languette cartilagineuse, la queue de l'hélix, séparée de l'extrémité inférieure de l'antitragus par une profonde échancrure ;

3° Une crête étroite sur la face interne de la conque, le ponticule.

Ce cartilage est réuni par les ligaments : les ligaments extrinsèques rattachant le pavillon à l'os temporal, et les ligaments intrinsèques reliant les différentes saillies du pavillon entre elles.

Les muscles sont peu importants et sont formés par quelques rares fibres musculaires n'ayant aucune action sur le pavillon de l'oreille.

Cartilage et muscles sont recouverts par un revêtement cutané constitué par une peau adhérente au cartilage sur la face externe ; mobile sur la face interne. Cette peau se continue en arrière avec la peau de la région mastoïdienne, au niveau du sillon auriculaire. La face externe du cartilage est directement recouverte par la peau ; tandis que la face interne en est séparée par quelque pelotons graisseux donnant une grande mobilité à la peau qui la recouvre.

Vaisseaux et nerfs. — Deux artères irriguent le pavillon. L'artère temporale superficielle irrigue le tragus ainsi que la partie antérieure de l'hélix, de la conque et du lobule.

La branche terminale antérieure de l'auriculaire postérieure se ramifie sur toute l'étendue de la face interne du pavillon donnant en outre des rameaux perforants pour les deux tiers postérieurs de la face externe.

L'innervation du pavillon est importante à bien connaître pour le traitement des oreilles décollées, car bien entendu le traitement se fera sous anesthésie locale et nous croyons qu'il serait préférable de la décrire au début du traitement.

DÉCOLLEMENT DU PAVILLON. PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE. SYMPTOMES

Pour limiter notre sujet nous ne parlerons què du décollement congénital du pavillon. C'est ainsi que nous éliminerons les anomalies diverses du pavillon dues à des causes pathologiques tels que les traumatismes, les brûlures, les fistules et les cicatrices qui résultent d'opérations portant sur la mastoïde.

Naturellement le refoulement mécanique du pavillon par un kyste ou une tumeur de la parotide par exemple n'entre pas dans notre sujet car il suffit de traiter la lésion qui occasionne la déviation du pavillon pour redresser ce dernier et lui donner son siège initial. Nous ne parlerons pas de la macrotie secondaire, affection rarement rencontrée, survenant à la suite d'un érysipèle à répétition. Après plusieurs poussées successives le pavillon peut acquérir une hypertrophie généralisée accompagnée d'épaississement de ses tissus.

Bref l'enfant à sa naissance se présente avec l'une ou les deux oreilles anormales, soit dans leur direction, soit dans leur configuration.

L'étude de l'embryologie de l'oreille externe n'expli-

que pas la cause de cette affection et l'on comprend que plusieurs pathogénies ont été émises.

MM. Glay et Charrier ont produit expérimentalement des lésions du pavillon sur des lapins intoxiqués ; ces lésions étant soit isolées, soit associées à des déformations faciales.

D'autres auteurs les attribuent à une cause purement mécanique ; compression du cordon par exemple.

D'autre part on sait que l'absence ou la réduction du liquide amniotique produit sur le fœtus des brides et des malformations multiples pouvant aboutir dans les cas graves à la mort du fœtus.

Bonnaire pense qu'une adhérence au niveau du pavillon peut le refouler étant donné la mobilité de cet organe et lui imprimer une direction vicieuse.

Perrier, dans sa thèse, soulève la question d'une mauvaise application du forceps faisant dévier ou plier le pavillon.

Enfin on a invoqué qu'une compression continuelle et journalière sur le pavillon par un chapeau par exemple pouvait avoir une action sur la direction du pavillon.

Mais toutes ces causes semblent avoir peu de partisans et les auteurs actuels s'orientent vers l'idée d'une déficience organique familiale dont la syphilis et peut-être la tuberculose joueraient un rôle assez important. Ajoutons que les affections psychiatriques y prédisposent grandement. Mais ce qui est certain, c'est l'hérédité familiale souvent rencontrée dans cette affection ; et les exemples abondent actuellement sur ce point. Déjà les

anciens auteurs (Cocheril) avaient noté ce fait. Nous pouvons citer plusieurs cas actuels survenus dans la même famille.

Balzer et Alquier ont présenté, en 1900, neuf membres d'une même famille sur trois générations présentant des oreilles décollées. D'autre part, les femmes y semblent plus prédisposées. L'influence des races est certaine.

Quoi qu'il en soit l'enfant présente souvent en même temps qu'un écartement du pavillon en dehors, des anomalies de configuration. Plus rarement les anomalies de relief existent seules. C'est ainsi que dans l'*écartement simple* du pavillon, l'angle céphalo-auriculaire, d'aigu devient droit et même quelquefois obtus. Evidemment tous les intermédiaires existent et les cas légers où l'écartement du pavillon est faible sont assez nombreux. Quand l'écartement est assez prononcé, très souvent un peu de macrotie s'y ajoute et on peut dire que ces lésions s'accouplent presque toujours. Nous pouvons distinguer avec Cocheril suivant la partie du pavillon qui s'enroule, deux cas. Le premier cas est celui où le pavillon s'enroule suivant un axe vertical avec, dans les cas typiques, soudure du bord postérieur de l'hélix aux parties antérieures de façon à recouvrir complètement la région du conduit auditif.

Le deuxième cas est celui où le pavillon s'enroule suivant un axe horizontal. Dans ce cas, l'inflexion se fait de haut en bas. Si le pavillon est assez développé on conçoit que dans ce cas il peut venir tomber en avant du conduit auditif externe. Par suite de l'élasticité du

cartilage, ce dernier peut être redressé mais à peine relâché il revient à sa position initiale. Dans ce cas l'écartement du pavillon de la mastoïde est inégal et l'angle est plus ouvert en haut qu'en arrière et en bas. Notons que les deux enroulements peuvent se voir sur une même oreille.

L'anomalie de configuration est plus compliquée à décrire car plusieurs cas peuvent se voir et à vrai dire les déformations se rapprochent les unes des autres. Schématiquement on peut dire qu'il semble y avoir des déformations du revêtement cutané visibles extérieurement.

La conque peut être plus ou moins agrandie généralement de concavité plus accentuée pouvant même sembler être divisée.

L'anthélix est souvent peu développé ; sa racine postérieure peut être peu visible ou même manquer. Plusieurs auteurs ont souvent noté l'absence de sa bifurcation. Il peut même s'anastomoser à l'hélix et déformer la gouttière qui les sépare.

En somme, nous sommes habitués à regarder l'oreille normale malgré sa configuration compliquée sans être choqués, mais qu'une saillie ou qu'une dépression se transforme, l'harmonie générale disparaît et la disproportion des différentes parties nous paraîtra disgracieuse. Le cartilage souvent participe à ces déformations. Dans certains cas, il peut être presque droit ; il se réduit alors à une mince lame plate et unie souvent plus grande que normalement. Naturellement dans ce cas, les saillies externes seront souvent mal accusées ou presque nulles.

La consistance même du cartilage est variable à des endroits différents. Mince ou presque transparent en un endroit, il peut être épaissi, induré ailleurs, pourvu quelquefois de véritables saillies ou crêtes anormales.

En outre le développement exagéré du tubercule de Darwin se voit assez fréquemment. Il en résulte un pavillon d'aspect particulier rappelant celui de l'oreille de certaines espèces simiennes.

D'autre part, nous avons déjà dit que ces anomalies de configuration sont souvent associées à un écartement du pavillon.

De telles déformations n'occasionnent aucun trouble fonctionnel. L'audition n'est pas touchée, ni troublée. Certains auteurs ont cru que la transmission des sons se fait moins bien dans les oreilles présentant peu de dépression. Mais en réalité, l'oreille est placée d'une manière très favorable pour recevoir les sons venant de toutes directions; de sorte que le problème du décollement des oreilles est un problème purement esthétique. Cette malformation du pavillon imprime à l'expression de la figure un cachet d'hébétude et d'infériorité particulièrement pénible au sujet et provoque l'ironie de ses camarades. On conçoit que cette anomalie est encore plus pénible pour les femmes qui tiennent à leur esthétique beaucoup plus que les hommes.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer une partie de la préface de notre maître le P^r Sébileau; publiée dans le livre de M. le D^r Dufourmental « *Les plastiques du nez* ». « Il faut aussi voir avec quelle vigueur s'exerce cette ironie sans pitié des jeunes les uns vis-à-vis des

autres quand elle s'adresse aux troubles cosmétiques du visage et quel chagrin elle est capable d'engendrer dans l'âme de ces innocentes victimes de l'hérédité ou des accidents. J'ai connu des jeunes gens que leurs camarades n'appelaient jamais autrement que « tourne-gueule, vire-œil, bouche en cul, pied de marmite, contre-vent », ceux-ci en étaient affectés ; leurs parents l'étaient davantage encore. Il ne serait donc pas permis de remédier à ces déformations de la bouche, du globe oculaire, du nez, des oreilles qui, dans les jeunes années, provoquent la risée et, plus tard, risquent de gêner l'établissement !

« Puis-je ici parler des choses de l'amour et du mariage ? Le désir et le rapprochement sêxuel n'entraînent pas seulement des opérations génito-fonctionnelles comme la cure du phimosis et celle de l'épispadias (infirmités d'ailleurs compatibles avec un acte génital efficace) ils conduisent aussi à des interventions cosmétiques du tronc et de la face qui n'ont d'autre but, pour les deux sexes, que d'augmenter l'attrait de l'un pour l'autre et de permettre ainsi des réunions qui sans elles seraient irréalisables. La chirurgie restauratrice devient ainsi un facteur de maternité. Il m'est arrivé plusieurs fois de reséquer, sur des cous de jeunes filles nubiles, des cicatrices de brûlures simplement disgracieuses qui ne déterminaient aucune gêne fonctionnelle. Ai-je donc ainsi manqué à mon devoir ? En pareille matière, il ne serait pas mauvais de demander au sujet son avis.

« Pendant la guerre, un colonel guéri des blessures graves qu'il avait reçues sur le corps, vint, au cours de

sa convalescence, me demander de donner à son nez le profil aquilin dont il n'était pas pourvu. C'était pourtant l'époque où les petites choses ne comptaient pas ; mais le colonel, avant de retourner au front, allait épouser une femme à laquelle il voulait plaire ! Les grands mutilés de la face devant lesquels je discutais avec leur officier des indications de cette opération purement esthétique trouvaient sa préoccupation futile et ridicule. Et lui, qui était amoureux, oubliait ses anciennes blessures et n'avait d'autre souci que la forme de son nez. J'ai fait de cet homme un heureux, je ne le regrette pas ».

TRAITEMENT

Bien entendu nous ne parlerons que du traitement sanglant dont les débuts remontent à 50 ans.

Quant au traitement non sanglant fait par quelques appareils spécialisés, il est peu efficace et on conçoit que le pavillon, organe élastique, ne se plie que temporairement à toute pression mécanique.

Un chirurgien de Naples, Martino, semble avoir été le premier, en 1855, à opérer une macrotie bilatérale avec de bons résultats. Contrairement aux préceptes d'Ambroise Paré qui prévalaient à cette époque de ne pas toucher au cartilage, il s'attaqua à ce dernier en enleva une partie et obtint un beau résultat esthétique, ce qui le rendit célèbre à cette époque.

Malheureusement l'aseptie n'était pas encore née et les auteurs qui cherchent à l'imiter eurent fréquemment des complications septiques. Cependant en Amérique des essais furent faits par Ely et Roosa toujours avec une résection cutanéocartilagineuse.

En France, c'est la thèse de Cocheril soutenue en 1894 dans laquelle il précisa les différents traitements pour les difformités du pavillon. A partir de cette date les observations abondent où leurs auteurs ont eu de bril-

lants résultats. Nous citerons surtout Morestin, Faugère et Chavanne.

Le traité de Nélaton et Ombredanne consacre un important chapitre.

La thèse remarquable de Perrier a approfondi cette question.

La grande guerre nous a appris à mieux connaître la chirurgie de l'oreille.

Actuellement, les revues d'O. R. Laryngologie abondent de travaux et d'observations sur cette question et tous les auteurs s'accordent à considérer la plastique de cette malformation comme une intervention bénigne sans aucun danger ; naturellement si on prend tous les soins d'aseptie rigoureuse qu'exige toute opération. C'est ainsi qu'on rasera la région mastoïdienne, puis qu'on la savonnera soigneusement la veille de l'intervention.

Nous conseillons l'emploi de l'alcool au lieu de la teinture d'iode qui est peu employée par tous les auteurs dans toute intervention de chirurgie cosmétique.

Nous conseillons aussi de faire cette opération le plus tôt possible après le sevrage là où l'enfant possède des tissus souples et vigoureux. Cependant l'enfant est souvent amené au chirurgien beaucoup plus tard vers 8 ans quand il commence à se mêler avec les enfants de son âge qui le raillent à l'école.

L'anesthésie locale est grandement suffisante et très recommandable surtout chez l'adulte et les enfants dociles. Nous ne pouvons assez insister sur cette anesthésie qui est un des principaux arguments de la béli-

gnité du traitement et qui poussera le malade à se faire opérer presque sous ses yeux.

L'innervation du pavillon est importante à connaître pour son anesthésie.

Le pavillon reçoit des filets sensitifs :

1^o Du nerf auriculo-temporal ;

2^o De la branche auriculaire du plexus cervical superficiel.

1^o Le nerf auriculo-temporal après avoir contourné le col du condyle du maxillaire inférieur s'infléchit vers le haut passant en avant du condyle auditif externe et allant s'épanouir dans la région temporale. C'est de cette portion ascendante que se détachent des filets pour la peau du tragus et la partie antérieure du pavillon de l'oreille ;

2^o Quant à la branche auriculaire du plexus cervical superficiel, après avoir cheminé sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, elle se divise aussitôt en deux rameaux antérieur et postérieur :

a) Le rameau antérieur se dirige vers la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire, l'atteint au niveau de la naissance du lobule qu'il perfore innervant ainsi le lobule, la peau du cartilage de la conque, la gouttière de l'hélix.

b) Le rameau postérieur chemine dans le sillon rétro-auriculaire innervant ainsi la partie antérieure de la région mastoïdienne en se terminant par plusieurs filets dans la face interne et supérieure du pavillon.

Notons en outre que quelques filets viennent du rameau auriculaire du pneumogastrique.

Donc en injectant le liquide anesthésique en six ou sept points autour du pavillon, on aura une anesthésie totale.

Ainsi : une piqûre au niveau de l'insertion supérieure du pavillon, une autre au niveau de l'insertion inférieure, trois dans le sillon rétro-auriculaire, enfin deux dernières injections en avant du tragus abolissent toute sensibilité du pavillon.

Nous conseillons avec le Dr Dufourmentel en même temps que cette anesthésie tronculaire d'injecter entre les deux faces du pavillon, et le cartilage, un peu de liquide anesthésique afin de bien faciliter le décollement de ce revêtement cutané et dudit cartilage.

La solution de novocaïne à 1 pour 200 adrénalinée est celle qui est le plus communément employée.

Deux traitements existent :

a) La résection cutanée simple qui a peu de partisans ;

b) La résection cutanée associée à la résection cartilagineuse, méthode qui jouit de la faveur des spécialistes avec des variantes de technique.

1° La résection cutanée simple ou méthode de Gruber consiste à tracer deux incisions l'une sur la peau du pavillon, l'autre sur la peau mastoïdienne et à réunir ces deux incisions de façon à coïncider la suture dans le sillon rétro-auriculaire après avoir bien évité l'auriculaire postérieure et tout en enlevant tout le tissu cellulaire lâche recouvrant la face postérieure du pavillon.

D'autres auteurs ont essayé de larges excisions mais avec des résultats assez mauvais. Certains, avec Cocheril,

ont conseillé de former un pont cicatriciel entre des points correspondants de l'oreille et de la surface mastoïdienne. Mais, il n'y a pas de bons résultats qu'avec la résection cartilagineuse. Tous les chirurgiens actuels préfèrent cette méthode et l'emploient.

Mais c'est à Morestin que revient l'honneur d'avoir tracé la route aux chirurgiens actuels ; et sa technique est suivie actuellement par les spécialistes avec très peu de changements. Avec lui pour le traitement nous considérons qu'il y a deux techniques ; l'une, celle de la reposition simple ; assez facile à faire ; l'autre plus compliquée, celle du redressement cosmétique par plissement.

1. La reposition simple se fait naturellement sur une oreille qui a conservé tous ses reliefs extérieurs et dont le seul défaut est l'écartement de la paroi crânienne. Il suffit dans ce cas de tracer une incision en tranche de melon ; avec une lèvre mastoïdienne et une autre auriculaire limitant au milieu le sillon auriculaire. Puis après avoir disséqué et enlevé ce lambeau on s'attaque au cartilage lui-même dont on enlève une tranche assez grande. La forme, l'étendue du cartilage resséqué dépend du degré de la difformité et il importe à l'opérateur de se rendre compte séance tenante du résultat esthétique ainsi obtenu.

Mais il faut savoir « qu'il faut enlever plus que moins de cartilage, poursuivre cette exérèse très loin en haut et en bas, faire bonne mesure, obtenir une hypercorrection. Puis on suturera de préférence le cartilage.

M. le P^r Ombrédanne conseille de réséquer tout le

cartilage de la conque minutieusement détaché du revêtement cutané qui le tapisse sur ses deux faces. La résection ne s'arrêtera qu'au sillon rétro-auriculaire.

Nous reproduisons ici la première observation très détaillée de Morestin :

Revue d'Orthopédie, 1^{er} juillet 1903.

Le premier de nos opérés est un jeune garçon de Versailles P. H. âgé de onze ans au moment de l'intervention (avril 1902). Chez les parents, il n'y a d'autres tares à relever que le nervosisme de la mère qui, à diverses reprises, a eu de longues crises de neurasthénie.

L'enfant est né à terme, après une grossesse normale. Il a deux frères plus jeunes que lui, très robustes, mais dont l'un est atteint, paraît-il, d'une malformation oculaire rendant ses yeux impropres à la vision bien qu'extérieurement il ait une apparence normale. Lui-même est d'une bonne santé habituelle. Il est grand, assez bien développé, et ne présente pas d'ailleurs aucun vice de configuration. Sa physionomie est intelligente et avenante, mais elle est gâtée par la disposition choquante des oreilles qui sont très écartées de la tête et presque transversales. Elles diffèrent d'ailleurs l'une de l'autre et ne sont pas symétriquement placées. La droite descend un peu plus bas que l'autre. Elle est plus écartée du crâne. Enfin, elle est un peu plus grande et sa partie supérieure est tombante, tend à s'incliner en avant, en dehors et en bas. Les reliefs et dépressions sont moins accusés dans cette partie supérieure du pavillon droit. Cependant, de ce côté comme du côté gauche le pavillon en lui-même, considéré isolément, n'est ni excessif dans ses dimensions, ni très irrégulier dans sa forme. Les reliefs, les dépressions, sont répartis à peu près comme il convient. C'est à peine si l'oreille droite est déplissée par en haut. Le lobule est nettement détaché, le tragus, l'antitragus, l'hélix, l'anthélix sont

nettement accusés. Bref, ce qui choque, c'est en premier lieu l'écartement des oreilles, qui tendent à se placer transversalement et ensuite leur légère asymétrie. Dans ces conditions, le mal était réparable aisément puisqu'il ne fallait pour ainsi dire pas s'occuper de la forme des oreilles, mais corriger leur direction. Aussi, n'hésitai-je pas à en conseiller la reposition.

Les parents accueillirent cette proposition sans aucun enthousiasme ; mais l'enfant l'entendit avec joie. Il était depuis trop longtemps en butte aux railleries sans pitié de ses camarades pour ne pas saisir très clairement le bénéfice qui résulterait pour lui de ce changement. De fait, il éprouva plus tard une fierté singulière à montrer ses oreilles restaurées à leur anciens détracteurs. L'entourage peu à peu gagné à cette idée, finit bientôt par souhaiter vivement l'opération cosmétique d'abord repoussée.

Cette intervention eut lieu le 8 avril. De chaque côté je pratiquais la résection d'une bande cutanée à l'aide de deux incisions curvilignes menées en dedans et en dehors du sillon rétro-auriculaire, et partant l'une sur le pavillon, l'autre sur les téguments cranio-mastoïdiens. Ces deux incisions se rapprochaient graduellement pour se rencontrer aux extrémités antérieure et inférieure du sillon rétro-auriculaire. La bande ainsi détachée présentait une largeur maxima de 15 centimètres et était formée en majeure partie de peau de la face postérieure du pavillon. Le cartilage de la conque se trouvait à nu dans la plaie. En redressant l'oreille, et la réappliquant, il était facile de reconnaître que ce fibro-cartilage formait ressort et tendait sans cesse à reprendre sa configuration primitive, la position nouvelle diminuant la concavité de la conque. J'excisai donc quelques morceaux de ce fibro cartilage dans la partie qui venait appuyer contre la mastoïde, enlevant par petits copeaux ce qui contrariait la mise en place du pavillon. Quand ce résultat me parut à peu près obtenu, je liai deux ou trois artérioles et suturai les

lèvres de la plaie, me servant de soie extrêmement fine. J'avais eu soin de faire l'avivement un peu plus grand pour l'oreille droite, de la mobiliser davantage et enfin, de la tirer quelque peu plus haut, en m'assurant que sa situation correspondait d'une manière exacte à celle de l'autre côté. Pas de drainage. Le pansement fut appliqué de manière à immobiliser les oreilles dans la nouvelle position.

Les suites furent de la plus absolue simplicité. Au sixième jour, je levai le pansement et enlevai les fils. La réunion complète avait été obtenue. Par précaution, j'imposai pendant six semaines environ le port d'un bandeau fixant les oreilles contre le crâne. Celles-ci ont été pendant quelque temps plus sensibles au toucher qu'auparavant.

L'enfant, d'ailleurs enfant gâté, prétendait que les frottements de la serviette au moment des ablutions matinales lui étaient désagréables et exigeait qu'on apportât à ses soins de propreté une douceur extrême. Tout cela s'est calmé d'ailleurs rapidement. Depuis les oreilles sont restées en place et le résultat esthétique est véritablement très satisfaisant.

La partie supérieure de l'oreille droite a encore une très légère tendance à s'incliner en bas, mais c'est là un détail qui ne retient pas l'attention, et la différence étant minime entre les deux côtés passe inaperçue. Il faut pour saisir ces nuances examiner les oreilles avec le désir arrêté de les comparer l'une à l'autre.

Notre jeune garçon est d'ailleurs enchanté. Ses camarades ne songent plus à le tourmenter. Il est entré dans un autre établissement où ses oreilles, dont on ignore l'histoire, n'ont jamais retenu l'attention de personne et ne lui ont jamais procuré la moindre allusion désobligeante. Et comme les enfants de cet âge sont partout sans indulgence, il faut bien admettre que c'est simplement parce qu'il est devenu à peu près normal.

2° *Redressement par plissement.*

Morestin a eu le premier l'idée de créer artificiellement les saillies et les dépressions du cartilage du pavillon en le plissant de façon à rapprocher le plus possible l'aspect d'une oreille anormale de celui d'une oreille normale. En même temps, ce plissement diminue le volume souvent grand de cette oreille sans relief. On comprend aisément que les règles dans ce cas ne sont pas fixes. Tout dépend de la lésion qui existe.

Après avoir fait dans un premier temps un redressement simple suivant la première technique, on pratique dans un deuxième temps des incisures qui facilitent le plissement là où l'on tient à avoir des saillies et on maintient ce plissement par des sutures perdues. « Les sections seront faites dans la direction des plis peu nets, ou dans le siège présumé des plis qui font défaut. »

Quant aux sutures, ils ont une importance énorme pour le résultat esthétique car ils maintiennent le plissement voulu.

Nous publions une deuxième observation de Morestin qui rend compte de la méthode de réduction par plissement.

Observation de MORESTIN (*Archives générales de médecine*, août 1905).

Un garçon de 9 ans C. M. m'est adressé à l'hôpital Cochin le 13 janvier 1905 pour une difformité congénitale de l'oreille.

Les parents sont sains et bien portants, et leurs deux au-

tres enfants sont parfaitement conformes. Notre sujet est lui même assez robuste et de bonne mine. Mais la fâcheuse disposition de ses oreilles a toujours consterné ses parents, et lui-même a eu déjà de nombreuses occasions de déplorer l'anomalie dont il est porteur. Celle-ci est en effet très choquante. Elle est bilatérale et fort accusée des deux côtés sans être absolument symétrique. Ce qui frappe tout d'abord, et ce qui constitue l'élément fondamental de la difformité, c'est l'écartement du pavillon aussi prononcé d'un côté que de l'autre. Pour en donner une idée, il suffit de dire que le pavillon forme avec la surface mastoïdo-cranienne un angle droit ou même un angle très légèrement obtus en arrière. De plus le pavillon plus grand que normalement, se termine en haut par un bord horizontal.

Ces dispositions sont communes aux deux oreilles. Chacune d'elles présente d'autre part quelques particularités. Ainsi, du côté gauche l'angle supéro-externe du pavillon tend à se recroqueviller et à se retourner en bas et en avant, et en dedans vers la conque. La partie supérieure du pavillon forme ainsi une sorte de repli d'opercule. A droite, les deux plis résultant de la bifurcation de l'anthélix, le supérieur manque pour ainsi dire totalement. Ce pli reparait quand on redresse le pavillon. Au niveau de la partie supérieure de l'hélix on note une double anomalie ; le bord supérieur vient rencontrer à angle droit le contour postérieur du pavillon devenu bord externe par suite de l'orientation vicieuse. A l'union de ces deux bords, tubercule de Darwin très accusé. A gauche dans toute la partie supérieure du pavillon les plis sont moins accusés. Ainsi des deux plis qui résultent de la bifurcation de l'anthélix, l'inférieur fait un très léger relief et le plus élevé est à peine ébauché. Il en résulte que l'organe paraît étalé et plus grand qu'à l'état normal.

Il existe, au voisinage du point que la configuration spéciale du pavillon nous oblige à désigner chez ce sujet sous le nom d'angle supéro-externe un peu au dessous de cet an-

gle, sur le bord externe, un léger relief au niveau duquel on voit transparaître à travers les téguments amincis, une petite crête fibro cartilagineuse irrégulière tandis que plus haut au niveau même de l'angle il semble qu'il y ait au contraire un excès de téguments formant une autre saillie celle-là moins molle. Enfin les dimensions en hauteur des deux pavillons diffèrent notablement, celui de gauche paraissant plus court en raison de sa tendance à s'enrouler en volute.

Le 17 janvier, j'opérai cet enfant. Il s'agissait d'abord et surtout de redresser les oreilles et de les ramener contre le crâne, ensuite d'apporter quelques corrections de détail à chacun des pavillons. Pour obtenir la reposition, je procédai d'une façon à peu près identique à droite et à gauche en ajoutant de chaque côté des manœuvres appropriées. Je traçai donc en arrière, sur la face postérieure du pavillon d'une part, de l'autre, sur la région mastoïdo-cranienne, des incisions curvilignes, se rejoignant aux deux extrémités du sillon auriculo-mastoïdien, et délimitant un important segment cutané. Puis je réséquai des tranches verticales du cartilage de la conque en ménageant les téguments de la face antérieure, jusqu'à ce que le redressement fut aisé et complet, que le pavillon put être très facilement amené à une direction parallèle à celle du crâne. Des points de suture au catgut fixèrent le pavillon dans cette attitude nouvelle. C'était là les corrections fondamentales. A droite, il y avait lieu de réduire en outre les dimensions verticales ce qui fut relativement simple. En effet, il suffit de reconstituer le pli supérieur de l'anthélix en pratiquant selon son trajet présumé une incision dans le cartilage puis en déterminant par des sutures au catgut la formation de ce pli. De plus, je réséquai les deux saillies, l'une cartilagineuse, l'autre tégumentaire, superposées sur la bordure du pavillon, ce qui achève de rendre à ce dernier sa configuration régulière.

A gauche, pour lutter contre la tendance de la partie supé-

rieure du pavillon à tomber, à s'enrouler vers la conque, je dus pratiquer au niveau de cette partie une résection complémentaire cutanée et cartilagineuse, en donnant à la perte de substance une configuration ovale à grand axe vertical, et en suturant avec grand soin les tranches cartilagineuses. Finalement toutes les plaies cutanées furent réunies avec de la soie très fine.

Les suites furent aussi simples, aussi heureuses que possible. L'opéré put quitter l'hôpital le jour même.

Le premier pansement, au quatrième jour, nous montra que tout était en bonne voie.

Le huitième jour, les fils de soie furent retirés, la réunion était irréprochable et les oreilles en excellente attitude. L'enfant porta pendant un mois, par mesure de précaution, un bandeau maintenant les oreilles contre le crâne. Le résultat obtenu est tout à fait satisfaisant et l'opéré s'en rend lui-même parfaitement compte. Sa joie se manifesta de la façon la plus exubérante, quand il put, pour la première fois, apercevoir, dans une glace, ses oreilles restaurées.

Toutes les autres observations publiées s'y rapprochent beaucoup.

Nous avons intentionnellement mentionné ces deux observations d'un maître tel que Morestin pour deux difformités congénitales différentes de l'oreille.

Les quatre photographies que nous avons jointes ici nous montrent aussi le résultat obtenu pour un décollement simple dans le premier cas ; et pour un décollement avec défaut de configuration dans le deuxième cas.

Les résultats opératoires pour le redressement simple sont souvent parfaits ; quant aux résultats obtenus

pour le redressement avec plissement ils peuvent ne pas être d'emblée parfaits mais une ou deux petites retouches souvent nécessitées dans les opérations cosmétiques peuvent faire améliorer le résultat définitif et reconstituer ainsi à l'opéré des oreilles à peu près normales.

CONCLUSIONS

D'après ce que nous avons écrit on voit donc que le décollement du pavillon de l'oreille :

1° Est une anomalie assez fréquente tirant son intérêt principal du problème esthétique qu'il soulève.

2° Qu'il convient de le traiter chirurgicalement le plus tôt possible et sous anesthésie locale de préférence.

3° Que cliniquement et schématiquement il existe deux déformations :

- a) L'écartement simple du pavillon ;
- b) L'écartement avec défaut de configuration.

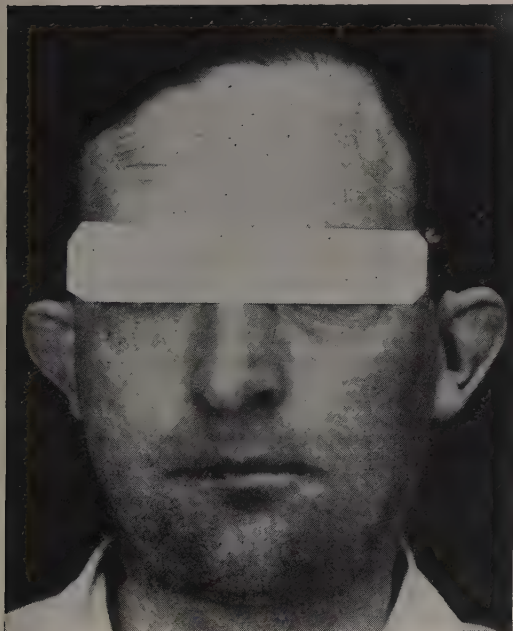
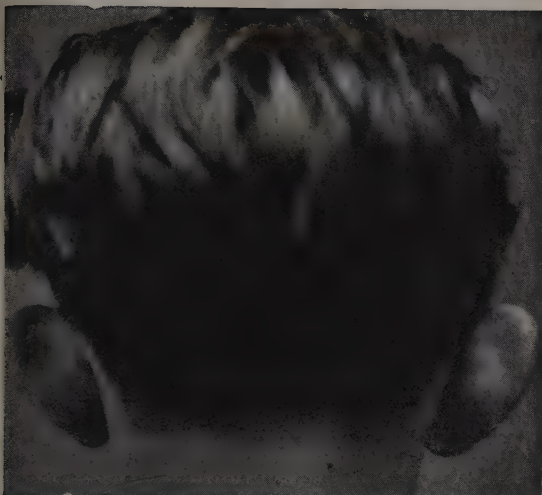
4° Enfin qu'il faut faire toujours une double résection cutanée et cartilagineuse pour l'écartement simple, associée pour l'écartement avec défaut de configuration à un redressement par plissement du cartilage et qu'il ne faut jamais oublier le but esthétique qu'on se propose ; retoucher ce qu'on a fait si la première intervention n'a pas donné pleine satisfaction.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

TAWIL.



BIBLIOGRAPHIE

COCHERIL. — De la restauration du pavillon de l'oreille (*Thèse de Paris*, 1894).

CHEATTLE. — Malformation pavillon et conduit (*Soc. roy. de méd.*, Londres, novembre 1910).

DAVIS. — Pièce post-mortem d'une malformation unilatérale du pavillon du méat et de l'oreille moyenne (*Soc. roy. méd.*, Londres, mai 1914).

DUFOURMENTEL. — Plastique du nez.

LALOV. — Malformation héréditaire du pavillon de l'oreille (*L'anthropol*, 1898).

LANOIS et LE MARC HADOUR. — Malformation congénitale de l'oreille externe (*Revue d'Orthopédie*, 1903).

LAURENS. — Technique chirurgicale d'O. R. L.

MALHERBE. — Redressement cosmétique du pavillon (*Bull. oto-rhino-laryng.*, 1905, p. 132).

MORESTIN. — Malformation du pavillon (*Bull. et mém. de la Soc. Anthr.*, 1900).

MORESTIN. — Malformation du pavillon (*Bull. et mém. de la Soc. anat.*, mai 1914).

MOURE, LIEBAULT, CANUYT. — Technique chirurgicale d'O. R. L. (Deuxième fascicule O. Doïn 1924).

NÉLATON et OMBREDANNE. — Les autoplasties, Paris.

OMBRÉDANNE. — Les oreilles décollées et les opérations plastiques visant la modification de la forme pure (*Pédiatrie*, juin 1929, p. 147).

OMBRÉDANNE. — Chirurgie infantile.

PERRIER. — De la reposition et du plissement cosmétique du pavillon de l'oreille (*Thèse de Paris*, année 1910-1911).

ROUVIÈRE. — Anatomie descriptive.

SAILLY. — Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'oreille avec agénésie du rocher (*Thèse Paris*, 1926).

SEBILEAU. — Préface dans *Plastique du nez*.

WAGNER. — Contribution à l'étude de l'otoplastie (*Thèse Paris*, 1926).

1929. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
